

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y
SALUD MENTAL.

RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y TRASTORNOS DE
PERSONALIDAD EN MUJERES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE
PRECONSULTA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "DR
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ".

Tesis para obtener el grado de especialista en Psiquiatría

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Presentada por:
Dra. Miriam Feria Aranda

Tutoras:
Dra. Ma. Del Carmen Lara Muñoz.
Dra. Martha Patricia Romero Mendoza.

Sede: INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
"Dr. Ramón de la Fuente Muñiz".

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
DEPTO. DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.
Vo. Co.

DR. ALEJANDRO GONZÁLEZ MARTÍNEZ

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

| | |
|------------------------|----|
| Introducción | 2 |
| Antecedentes | 4 |
| Justificación | 25 |
| Hipótesis | 26 |
| Objetivo | 26 |
| Diseño del estudio | 27 |
| Material y métodos | 28 |
| Población y muestra | 28 |
| Criterios de inclusión | 28 |
| Criterios de exclusión | 29 |
| Instrumentos | 30 |
| Análisis estadístico | 30 |
| Resultados | 31 |
| Discusión | 35 |
| Bibliografía | 42 |

INTRODUCCION

En el Seminario Internacional sobre Malestar Psíquico de las Mujeres (Roma 1998). Se diferenció el sufrimiento de la enfermedad, entendiendo al primero como "malestar de las mujeres, ligado a una situación específica de opresión". El sufrimiento es "una situación de subordinación social propia de las mujeres".

El malestar en las mujeres ha adquirido un consenso legitimizado en el campo de la psiquiatría. Las mujeres ofrecen resistencia a las condiciones opresivas y muchos trastornos de la salud mental pueden entenderse dentro de ésta perspectiva. Los problemas de salud mental de las mujeres son un derecho y se debe de responder socialmente ante esto, en las mujeres estos problemas pueden caracterizarse en términos de conflicto.

Algunos consideran que la salud mental consiste en una adaptación a los requerimientos de una cultura. Las mujeres tienen mayor demanda de centros de salud mental, debido a una mayor disposición a considerarse mentalmente

enfermas, por su rol carenciado, inferiorizado y definido como enfermo y por una mayor disposición de las mujeres a enfrentar mentalmente debido a estilos de vida más bajo, más pobres, con mayores condiciones de estrés y problemática asociada con sus roles sociales dentro de la familia o combinado estos como otros roles sociales.

Los factores de riesgo en la salud mental de las mujeres son las situaciones que ofrecen una probabilidad mayor al promedio de provocar estado de morbilidad o de enfermedad mental. Incluyen edad, el nivel ocupacional, el número y edad de los hijos, el estado civil, las situaciones de duelo, los fenómenos de violencia entre otros.

Los roles de género afectan los modelos de enfrentar de las mujeres como el rol maternal, el rol conyugal, el rol de ama de casa, el doble rol social de trabajadora doméstica y extradoméstica (doble jornada de trabajo), un factor de riesgo es la tendencia de las mujeres de maternizar todos sus roles.

Las condiciones opresivas de la vida cotidiana de las mujeres se constituyen como factores de riesgo para la salud mental.

Entre las problemáticas prioritarias de las mujeres se encuentra la violencia contra éstas (abuso sexual, maltrato físico, violaciones, etc.) y violencia invisible. El malestar femenino tiende a ser biologizado, se les resta historicidad y se observa desde una perspectiva masculina. (Burkin 1987).

ANTECEDENTES.

Violencia doméstica

El término de violencia puede ser conceptualizado de diferentes maneras, desde el punto de vista de salud pública es la ejecución de acciones dirigidas principalmente a producir un daño físico, la sociología la estima como las formas de agresión de individuos o de una comunidad, que no forzosamente provocan un dolo físico o desde el ámbito legal, se contempla como violaciones a la ley (Hijar y cols 1992).

Para aproximarse al fenómeno de violencia doméstica se necesita enmarcar dentro de los fenómenos más amplio que es la violencia de género o contra la mujer, la cual se ha definido en la "Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer" de la ONU como "Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño ó sufrimiento físico, sexual ó psicológico para la mujer, inclusive las amenazas tales actos, la coacción ó la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada". Se considera la violencia doméstica como un patrón repetitivo de abuso por parte de la pareja (novio, esposo o concubino)el cual se caracteriza por "una serie de conductas coercitivas hacia la mujer que pueden incluir el abuso físico (empujones, bofetadas, golpes, mordeduras, quemaduras, heridas con arma blanca o de fuego), el abuso emocional (intimidación, humillaciones verbales, manipulación, omisión, abandono ó negligencia) y el abuso sexual (que consiste en forzar física o emocionalmente a la mujer a tener relaciones sexuales o acceder a cierto tipo de conducta sexual)". (Valdez-Santiago y col. 1998).

La violencia doméstica puede implicar abuso físico, psicológico y/ó sexual en forma continua ó escalada, con el propósito explícito o no, de mantener el

control de la relación. Se menciona que el maltrato a la mujer por su pareja se refiere a golpizas episódicas, que se suscitan ante la impulsividad del varón y están provocadas en mayor o menor grado por la mujer. En la Encuesta de Opinión Pública sobre la Incidencia de la Violencia en la Familia en varios estados de México (1995) los sujetos que admitieron conocer a mujeres maltratadas, mencionaron que 80% habían sufrido gritos, amenazas, insultos y violencia física como cachetadas, golpes a la cabeza incluso quemaduras con cigarrillos. Se conoce como "maltrato a la mujer" a la mayoría de este tipo de violencia física que "es parte de un patrón identificable de abuso esperado, sistematizado y escalado que con frecuencia se extiende a toda la vida" (Saltijeral y col 1998).

Alguno de los conceptos utilizados al referirse a la violencia doméstica contra la mujer son abuso, agresión, coerción, maltrato, etc. Cada uno tiene connotaciones particulares, y aunque se relacionan y suelen utilizarse como sinónimos, conviene tener presente sus límites y especificidades. Agresión: "Acto de acometer a alguno para matarlo, herirlo ó hacerle daño, especialmente sin justificación". Maltratar: "Tratar mal a uno de palabra u obra". Violentar: "Aplicar medios violentos a cosas ó personas para vencer su resistencia".

Teniendo como base esta perspectiva etimológica, violentar tiene un sentido instrumental y de control y no necesariamente de individuos, sino también de cosas. La agresión es una conducta dañina sin que medie motivo alguno para ejercerla. Maltratar tiene una implicación eminentemente relacional (trato) entre individuos, es una forma de proceder ante el otro. De ello se desprende que el trato entre individuos puede ser agresivo ó violento, esto es una relación que tiene la intencionalidad de causar daño con el propósito de lograr un control sobre el otro. Sonkin, Martin y cols, se refieren a la violencia que se ejerce en contra de las mujeres en el contexto de las relaciones familiares, y particularmente en la relación de pareja, hecho que suele aludirse de diferentes maneras: violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar, violencia contra la mujer en el hogar, mujer golpeada, violencia de género, solo por mencionar algunas de ellas.

Rodríguez y Patiño utilizan el término "violencia doméstica contra la mujer" como la violencia ejercida contra ésta por su pareja con el propósito explícito ó no de mantener el control en la relación, a través de la omisión ó acción de conductas agresivas que adoptan formas emocionales, físicas, sexuales, contra propiedades ó individuos relacionados con la mujer. Sin

embargo, el concepto anterior es insuficiente para resolver los obstáculos teóricos y metodológicos que se presentan para registrar la gama tan diversa de formas de violencia ejercidas contra la mujer por parte de su pareja.

A principios de la década de los ochenta, la segunda causa más importante de crimen reportada por la policía escocesa fue la violencia contra la esposa (25%) (Naciones Unidas, 1989). En Sao Paulo, Brasil, la delegación de defensas de la mujer informó que el compañero varón fue el responsable del abuso físico y emocional en el 85% de los casos atendidos (Goldenberg, Medrano, et al, 1989). En Colombia, en los registros hospitalarios documentaron que en el 18% de las mujeres lesionadas, fueron los esposos quienes lo provocaron. En muchos países entre los que están Canadá, Egipto y Jamaica, la violencia contra la mujer es una de las causas más importantes de divorcio (Naciones Unidas, 1989).

Para aproximarse al fenómeno de violencia doméstica se necesita enmarcar dentro de los fenómenos más amplio que es la violencia de género o contra la mujer, la cual se ha definido en la "Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer" de la ONU como "Todo acto de violencia basado

en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño ó sufrimiento físico, sexual ó psicológico para la mujer, inclusive las amenazas tales actos, la coacción ó la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada". Se considera la violencia doméstica como un patrón repetitivo de abuso por parte de la pareja (novio, esposo o concubino)el cual se caracteriza por "una serie de conductas coercitivas hacia la mujer que pueden incluir el abuso físico (empujones, bofetadas, golpes, mordeduras, quemaduras, heridas con arma blanca o de fuego), el abuso emocional (intimidación, humillaciones verbales, manipulación, omisión, abandono ó negligencia) y el abuso sexual (que consiste en forzar física o emocionalmente a la mujer a tener relaciones sexuales o acceder a cierto tipo de conducta sexual)". (Valdez-Santiago y col. 1998).

La violencia doméstica puede implicar abuso físico, psicológico y/ó sexual en forma continua ó escalada, con el propósito explícito o no, de mantener el control de la relación. Se menciona que el maltrato a la mujer por su pareja se refiere a golpizas episódicas, que se suscitan ante la impulsividad del varón y están provocadas en mayor o menor grado por la mujer. En la Encuesta de Opinión Pública sobre la Incidencia de la Violencia en la Familia en varios

estados de México (1995) los sujetos que admitieron conocer a mujeres maltratadas, mencionaron que 80% habían sufrido gritos, amenazas, insultos y violencia física como cachetadas, golpes a la cabeza incluso quemaduras con cigarros. Se conoce como "maltrato a la mujer" a la mayoría de este tipo de violencia física que "es parte de un patrón identificable de abuso esperado, sistematizado y escalado que con frecuencia se extiende a toda la vida" (Saltijeral y col 1998).

Las organizaciones no gubernamentales (ONG) que dan asistencia a las mujeres violentadas en México, captan a una porción reducida de la población inmersa en el proceso de la violencia doméstica. Acuden aquellas mujeres que han transitado y vencido una serie de resistencias sociales e individuales para presentar una denuncia formal contra el perpetrador de la violencia, ó recurren (a escondidas) a solicitar ayuda psicológica. El mayor porcentaje de las mujeres asistidas en las ONG solicitan apoyo emocional, seguidas de aquellas que demandan asesoría legal para entablar una demanda judicial. En general son mujeres con antecedentes de relaciones de violencia en la pareja, siendo el promedio de duración de la unión entre 5 y 10 años.

En 1994 Heise hizo una recopilación y sistematización de 35 investigaciones sobre violencia contra la mujer realizadas entre 1983 y 1993. La mayoría de las investigaciones referidas tuvo como marco muestral la población abierta. Incluye países de todos los continentes, siendo una buena aproximación a lo que puede estar ocurriendo en torno a la violencia contra la mujer, a pesar de que estos estudios no son comparables dadas las particularidades metodológicas y técnicas utilizadas para determinar la presencia ó ausencia de violencia contra la mujer. Por ejemplo, existen variaciones en cuanto a la forma utilizada para la identificación de la violencia. No obstante, es evidente que la violencia contra la mujer es un fenómeno que se presenta e identifica en sociedades muy diversas, con índices porcentuales que oscilan entre 11.2% en Canadá hasta 67% en Nueva Guinea (Tott, 1987).

En México, Shradercox y Valdéz Santiago (1992) identificaron a 33% de mujeres que habían vivido una relación de violencia en una zona marginal de la Ciudad de México. Ramírez Rodríguez y Uribe Vázquez (1993) informaron que para el estado de Jalisco, el 57 y 44% de mujeres (DIF Jalisco) en la zona urbana y rural, respectivamente, habían tenido experiencia de algún tipo de violencia.

La violencia contra la mujer tiene su origen en una gran variedad de aspectos culturales relacionados con la construcción de la identidad femenina y la masculina, la asignación de roles diferenciados y autoexcluyentes para hombres y mujeres, así como la valoración discriminada de la femineidad y la masculinidad, esto ha llevado al desarrollo de formas colectivas de control y segregación, las cuales se manifiestan en una amplia gama de acciones, entre las cuales se encuentran las expresiones violentas.

En el mundo existen millones de mujeres expuestas a diferentes tipos de violencia, las cuales abarcan todas las etapas del ciclo de vida, desde el aborto selectivo por sexo (a favor de los niños) en varios países de Asia (China, India, República de Corea), el embarazo forzado, el infanticidio femenino, el acceso diferencial a la alimentación y a la educación para las niñas, el abuso sexual infantil por parte de extraños ó de miembros de la familia, la mutilación genital en África, la violación, el maltrato por parte de la pareja y el acoso sexual en el trabajo, entre otros.

La violencia puede ocurrir en cualquier etapa de la vida de la mujer, y muchas mujeres experimentan múltiples episodios durante sus vidas, lo cual tiene efectos inmediatos y acumulativos sobre su salud y el desarrollo de sus capacidades cognoscitivas, afectivas, económicas y de relación; en algunos de los casos estas experiencias conllevan el peligro de muerte y tienen resultados fatales tales como el suicidio ó el homicidio.

En general, la violencia hacia la mujer es un problema global, poco reconocido por los sectores de salud y desarrollo, e insuficientemente valorado como problema de salud pública, a pesar de que es un hecho frecuente y una causa significativa de morbilidad y mortalidad femenina. En México los estudios sobre violencia doméstica señalan una prevalencia de entre 28 y 60% de violencia ó abuso a las mujeres por parte de sus parejas masculinas tanto en zonas rurales como urbanas. Las estimaciones recientes del Banco Mundial indican que la violencia, especialmente dirigida a la mujer, hace que ésta pierda uno de cada cinco días de vida saludable de su edad reproductiva.

Sin embargo, cuando nos preguntamos qué es la violencia doméstica, resulta difícil proponer una sola respuesta a esta interrogante. Los conceptos

han variado hace 20 años cuando se empezó a abordar el tema. Estas variaciones dependen de la posición que se tome para proponerlas. Los primeros esfuerzos fueron hechos por las organizaciones feministas que empezaron a considerar el fenómeno de las mujeres maltratadas como un problema social. De entonces a la fecha se han propuesto definiciones de tipo legislativo ó de impartición de justicia del área de la defensa de los derechos humanos a nivel internacional y del área de investigación.

Valdéz y Juárez explican la violencia doméstica en tres modelos. 1) La violencia interpersonal: Surge entre los adultos que carecen de capacidad para lidiar, de manera adecuada, y sin violentarse con los estresores ó con los conflictos; se ha puesto atención en los problemas psicológicos tanto personales como familiares que influyen en ciertos individuos ó familias propensos a la familia. Este modelo identifica ciertas crisis familiares ó personales relacionadas estrechamente con la violencia, tales como el desempleo ó el nacimiento de un bebé. De esta teoría se desprenden tres propuestas empíricas relacionadas entre sí: que las víctimas y sus agresores sufren intensos problemas psicológicos ó de conducta; que de estos problemas proviene el contexto en el que se produce la agresión; y que los agresores y sus

víctimas tienen un perfil de personalidad definida, una historia familiar, ó un patrón de relaciones determinados. 2) El modelo de la violencia familiar está identificado en los trabajos de Strauss, Gelles y Steinmetz, quienes sostienen que la violencia dentro del ámbito familiar se aprende en la niñez y se transmite de generación en generación, y que algunas instituciones culturales la refuerzan y la normatizan validando el uso de la violencia como medio para resolver los conflictos. De acuerdo con esta interpretación, la mujer adopta una actitud pasiva cuando la maltratan, sin embargo, varios estudios muestran lo contrario. 3) El modelo de la perspectiva de género sostiene que la violencia masculina en la familia es solo una expresión particular de un patrón más amplio que corresponde al control de los hombres sobre las mujeres, los menores de edad y los demás hombres. Aquí entra en juego su poder, que abarca el noviazgo, el matrimonio, la paternidad, y la economía doméstica. En este caso, la violencia es para los hombres la opción que les permite controlar la relación, se basa en la desigualdad de poder entre los hombres y las mujeres, la cual cobre fuerza en el análisis e interpretación de los resultados. Desde este enfoque, las mujeres toleran las relaciones agresivas no tanto por su patología, sino por la combinación con el temor y el control a que están sometidas y por

sentirse atrapadas, por la falta de apoyo de sus redes sociales, de su familia y de las instituciones comunitarias.

Trastornos de Personalidad

De acuerdo a la conceptualización clínica del DSM-IV es importante hacer la diferenciación entre Rasgos y Trastorno de Personalidad, entendiendo por el primero como "patrones persistentes de forma de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se ponen de manifiesto en una amplia gama de conflictos sociales y personales" y se entiende como trastorno "un patrón permanente e inflexible de experiencia intensa y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto". (DSM-IV 1995).

Personalidad puede definirse como aquel conjunto de rasgos y características emocionales y conductuales estables del sujeto. Los rasgos de personalidad pueden definirse como patrones consistentes de conducirse,

reaccionar, sentir e interpretar, particulares de cada individuo y su desarrollo se ve influenciado tanto por el temperamento como por el aprendizaje social. Sin embargo aunque el temperamento no necesariamente predice la aparición de un trastorno de la personalidad e inclusive puede modificarse de tal manera a lo largo de la vida que, en ocasiones no guarda relación con la personalidad adulta, las anormalidades del temperamento pueden hacerse mayores y originar un trastorno de personalidad por las dificultades que van a ir generando a lo largo de la vida, primero con los padres y pares, y después con las personas con las que establezca relaciones interpersonales.

La mayoría de los rasgos tiene una heredabilidad de 40-50% y el otro 50% de la varianza de la personalidad está dada por factores ambientales.

Perry (1998) agrupa estos factores ambientales en cuatro:

- 1) Efecto del orden en el nacimiento (Primogénito, hijo "sándwich" ó el menor de los hermanos)
- 2) El trato distinto a cada uno de los hijos.
- 3) Las diferencias individuales de cada persona hacen que perciban de forma distinta el ambiente.
- 4) Las experiencias fuera de la familia.

Aún en los gemelos monocigóticos que comparten 100% de los genes la personalidad va a tener rasgos distintos debido a que pueden ser tratados de manera diferente y las experiencias particulares que llegan a tener fuera del seno familiar.

Los rasgos van a ser modificados durante la infancia y la niñez, a partir de ser reforzados positiva ó negativamente y por un fenómeno de identificación (modelamiento) con las figuras adultas importantes para la persona. Por otro lado, el niño y el adolescente no tiene una actitud pasiva, sino que participan activamente buscando reforzadores de intereses y rasgos específicos.

Los trastornos de personalidad corresponden a la experiencia subjetiva y a la conducta constantemente desviada de las formas culturales, que se inicia desde la adolescencia, ó tempranamente en la edad adulta, permanece a lo largo de la vida y ocasiona infelicidad y mal funcionamiento del sujeto (APA 1995); los pacientes con trastorno de la personalidad no solo tienen un patrón persistente en la forma de pensar y actuar, sino que también es rígido,

repetitivo, inflexible y disfuncional, que interfiere con su vida a lo largo del ciclo vital.

Los pacientes con personalidades "sanas" manifiestan, casi siempre, creencias adaptativas, realistas y funcionales acerca de sí mismos, de otras gentes y del mundo. Tienen, además, un rango de estrategias conductuales del que pueden elegir de acuerdo a una valoración realista de cada situación. Aunque pueden cometer errores ocasionalmente al pensar, lo que les ocasiona tensión ó conductas inadaptativas, casi siempre viven bien adaptados, procesan la información relevante de manera directa, adaptativa y en ocasiones hasta optimista. En contraste los pacientes con trastorno de la personalidad tienen creencias disfuncionales, estrategias conductuales inadaptativas y limitación en el procesamiento de información.

El origen de los trastornos de la personalidad se encuentra en factores genéticos y experiencias tempranas. Los niños que posteriormente desarrollan algún trastorno de la personalidad sufren ya sea un trauma agudo ó experiencias traumáticas crónicas de menor intensidad. Tratando de explicar lo que les ha ocurrido desarrollan pensamientos extremadamente negativos, no

solo acerca de ellos mismos, sino también de las personas y del mundo en general. Desarrollan guías ó reglas rígidas para compensar ó manejar estas creencias negativas. Tienden a desarrollar menos estrategias actitudinales y conductuales para manejar las distintas situaciones de la vida y las pocas que tienen las aplican indiscriminadamente en distintas situaciones aunque no sean las adecuadas. Por ejemplo, el paciente esquizoide no desarrolló estrategias para intimar con las personas ni de reciprocidad, por lo que siempre utiliza el aislamiento y la fantasía. El que tiene trastorno paranoide de la personalidad no intima con otras gentes ni coopera con ellas, en cambio su estrategia siempre es la misma, vigila, desconfía y sospecha de las intenciones y fidelidad de las personas. La paciente histriónica es exhibicionista, demasiado expresiva, y sugestionable, debido a que no ha desarrollado estrategias de control ni de reciprocidad. El narcisista no comparte ni se identifica con el grupo al que pertenece sino que actúa y se percibe como más importante y siempre tiende a competir devaluando a los demás. El paciente antisocial lucha, arrebatata y explota a los demás pues no ha desarrollado empatía, reciprocidad ni sensibilidad social. Un paciente con trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad no ha desarrollado la espontaneidad ni la rapidez en la toma de decisiones ó acciones, en cambio aplica, porque es lo que ha desarrollado, el

control y la responsabilidad. De la misma forma el paciente con trastorno dependiente de la personalidad nunca ha desarrollado la autosuficiencia ni la independencia en cambio siempre busca el ser ayudado y el apegarse a alguien. El evitativo no ha desarrollado habilidades gregarias ni seguridad respecto así mismo por lo que siempre se inhibe y evita las situaciones sociales en parte porque ha desarrollado una excesiva sensibilidad social a diferencia del esquizoide que no pudo desarrollarla (Beck 1998).

La cronicidad de los trastornos de la personalidad se debe a la estabilidad que tienen habitualmente los rasgos de la personalidad, aunque sin duda también contribuye el reforzamiento natural de la conducta interpersonal (Watchel, 1994).

Los estudios que se han hecho acerca de la alianza terapéutica durante la psicoterapia, sobre todo en los pacientes con trastorno límite de personalidad, muestran que es extremadamente frágil (Frank 1992) lo que hace que tiendan a desertar del tratamiento (París 1998). La respuesta a la Psicoterapia depende del nivel de funcionamiento previo que varía de acuerdo al tipo de trastorno de la personalidad, pero que muchas veces en estos

pacientes está por debajo de lo normal (Nakay, Gunderson, Phillips, Tanaka, Yorifuji, Tkaishi, Nishimura, 1992). Se han utilizado otros parámetros para planear el tratamiento como es el determinar sus mecanismos de defensa (Perry y Cooper, 1989) ó sus estilos defensivos (Bond, Gardner, Chistian, Sigal, 1983) pues unos y otros correlacionan con la severidad del trastorno de la personalidad (Chávez 2001).

Los trastornos de personalidad se han convertido en un problema médico y social. Es un problema común, muchos estudios demuestran una prevalencia de alrededor del 10 al 15 % en la comunidad abierta, y ocupan el 50% de los pacientes psiquiátricos. Así mismo es un problema crónico y debilitante ya que los primeros síntomas ocurren durante la adolescencia y en otros casos aún en etapas previas a ésta; este problema persiste por décadas provocando sufrimiento personal, disfunción familiar y deprivación social (en etapas finales actos criminales y adicciones). Algunos de estos síntomas nunca se resuelven, pero los síntomas más disruptivos tienden a disminuir con el tiempo y la edad. Clínicamente, los trastornos de personalidad no solo dificultan el trato, sino que interfieren con el tratamiento de otras comorbilidades psiquiátricas y

condiciones médicas, incrementándose así las discapacidades personales, morbilidad y mortalidad de estos pacientes. (Svrakic 2002).

Watson y cols. 1997 cita que Walker reporta que además del Trastorno por Estrés Postraumático (TEP), las mujeres golpeadas desarrollan trastornos de personalidad para contender con este tipo de violencia. Así mismo, estos autores investigaron la prevalencia a lo largo de la vida de trastornos psiquiátricos y de personalidad en mujeres golpeadas y no golpeadas y encontraron que las primeras tuvieron significativamente una prevalencia mayor de TEP, Depresión Mayor, Abuso dependencia del alcohol y personalidad evitativa que las que no habían sufrido tal abuso. Al comparar a las que habían sufrido violencia con las que no lo habían sufrido, las primeras en forma significativa con menor frecuencia eran casadas y tenían un empleo y con mayor frecuencia eran divorciadas o separadas y solteras. Este estudio no fue diseñado para identificar la relación causal entre trastornos psiquiátricos y abuso doméstico, los autores hacen la observación de que aunque sus resultados sugieren que el abuso doméstico puede acusar algunos trastornos psiquiátrico, es posible que estos precedan al maltrato o contribuyan a su inicio

de alguna manera y también es posible que algún otro estresor como la pobreza ó la enfermedad física, puedan conducir a problemas psiquiátricos y al abuso.

Aproximadamente el 75% de las personas con Trastorno Antisocial de la personalidad son hombres, y aproximadamente 75% de las personas con Trastorno Límite de la personalidad son mujeres.

Para explicar estas diferencias, Skodol propone que el Trastorno Antisocial de la personalidad se relaciona con conductas impulsivas y agresivas, y el Trastorno Límite de la personalidad con agresividad impulsiva e inestabilidad afectiva. La proclividad a estas emociones y conductas es fundamentalmente heredada, es parte del temperamento. A su vez el medio ambiente influye considerablemente en el desarrollo del estilo de personalidad.

Desde la infancia los niños muestran más patrones de conducta externalizada y agresiva, y las niñas más patrones de conducta internalizada e inhibición. Esto puede estar relacionado a diferencias genéticas y del funcionamiento del sistema nervioso central y autónomo. Los hombres tienen niveles menores de activación autonómica frontal y serotoninérgica, lo que contribuye a una menor socialización, una menor inhibición conductual, un

menor desarrollo de las habilidades verbales y por lo tanto un mayor potencial antisocial en los hombres que en las mujeres.

Las niñas experimentan más miedo que los niños, en la crianza se les refuerza un patrón de conducta menos agresivo que a los niños, las niñas desarrollan una conciencia ó un "superyo" más fuerte, por lo que experimentan más culpa y depresión y consecuentemente cuando desarrollan una alteración en el control de impulsos ésta se acompaña de un componente afectivo como sucede en el Trastorno Límite de la personalidad.

JUSTIFICACION

La violencia doméstica ó contra la mujer no solo es un problema que se vea de forma aislada, sino que es un problema de salud pública, es por este motivo que al ser un problema frecuente se debe de estandarizar un instrumento para evaluar ó aproximar la frecuencia de la misma. Así mismo es de llamar la atención como ciertos rasgos de personalidad se han asociado a la presencia de la violencia, motivo por el cual el presente estudio tiene una justificación para dar explicación a si la violencia doméstica tiene mayor aparición en mujeres con determinados rasgos de personalidad ó si los rasgos

de personalidad de las mujeres las hacen propensas a buscar compañeros ejercedores de violencia doméstica.

HIPOTESIS

La escala de violencia de Hudson y McIntosh a pesar de no tener un punto de corte, ya que la violencia es un fenómeno subjetivo, se espera se encuentre con un índice de frecuencia mayor de violencia en las mujeres que de acuerdo al SCID II de personalidad tienen algún ó algunos rasgos de personalidad presentes.

OBJETIVO

- A. Determinar la relación entre el antecedente de violencia doméstica y trastornos de personalidad en mujeres que acuden al Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz".

- B. Explorar la frecuencia y las formas de violencia doméstica contra las mujeres y algunas repercusiones en la salud de las mujeres sujetas a relaciones violentas y las respuestas de las mujeres ante la vivencia cotidiana de éste fenómeno.
- C. Contextualizar las características sociodemográficas de la mujer y su pareja para demostrar un contexto de la situación de la pareja.
- D. Determinar si algunos trastornos de personalidad predisponen a las mujeres a unirse a compañeros ejercedores de violencia ó si la exposición a la violencia doméstica contribuye a desarrollar algún trastorno de personalidad.

DISEÑO

5.1 Diseño del estudio;

Descriptivo, prolectivo, transversal.

5.2 *Variable dependiente*

La existencia ó no de trastorno de personalidad ante la exposición de la violencia doméstica.

5.3 *Variable independiente*

Existencia de violencia doméstica en la relación de pareja.

MATERIAL Y METODOS

6.1 *Población y muestra:*

Se contactará a las pacientes en el servicio de preconsulta en la ventanilla de registro de pacientes donde se hace el primer contacto de la Institución con la paciente. Con la hoja de registro se le entregará en un sobre cerrado los instrumentos autoaplicables junto con la ficha de identificación. Se le informara de forma verbal a la paciente el propósito de la investigación y de su participación. Se les ofrecerá absoluta confidencialidad y la posibilidad de no continuar respondiendo las escalas. En caso de aceptar se procederá a que den su consentimiento de forma verbal.

Se recabaran los datos generales de la paciente en forma de ficha de identificación y se le realizarán algunas preguntas con relación al compañero/esposo con quien viven y así obtener un panorama general de la relación que llevan.

6.2 Criterios de inclusión

- Tener de 18 a 59 años de edad
- Estar unidas (casadas ó en unión libre) al momento de su primer contacto con el hospital.
- Ó estar separadas ó divorciadas no más allá de 6 meses anteriores a la fecha de la evaluación.
- Que la unión tuviera un tiempo mínimo de 6 meses.
- Mujeres que acudan al servicio de preconsulta.
- Acepte participar voluntariamente.
- Saber leer y escribir.

6.3 Criterios de exclusión

- Presentar algún impedimento para la comunicación y/ó contestar un instrumento autoaplicable.
- Mujeres que al momento del primer contacto presenten síntomas psicóticos, maníacos, deterioro cognitivo, retraso mental y/ó problemas legales.

6.4 Instrumentos:

- Se aplicará el cuestionario modificado de Hudson y Mcintosh para las modalidades y frecuencia de la violencia física, psicológica y/ó sexual ejercida por el compañero/esposo sobre la mujer.
- Se utilizará como segundo instrumento el cuestionario autoaplicable de 119 preguntas (si/no) de la Entrevista Estructurada para el Eje II del DSM-IV Trastornos de Personalidad SCID II.

7. ANALISIS ESTADISTICO

Método estadístico

Coefficiente de correlación de Spearman.

8. RESULTADOS

La muestra fue de 42 mujeres con una edad promedio de 33.07 años con una desviación estándar (SD) de 7.56 años. Con una escolaridad de 9.59 años con SD de 4.47. El estado civil fue de 27 casadas, 4 en Unión libre, 1 divorciada y 10 separadas. Entre las diversas ocupaciones se encontró que 24 dedicadas al hogar, 3 son profesionistas, 2 secretarias, 9 dedicadas al comercio, 1 costurera y 3 como empleadas domésticas. En cuanto a la religión 36 son católicas, 1 cristiana y 5 son testigo de Jehová.

De las 42 mujeres que participaron en el estudio 33 presentaron violencia emocional, 19 violencia física y 6 violencia sexual. Una misma mujer puede tener varios tipos de violencia.

La muestra fue de 42 mujeres examinadas con el cuestionario modificado de Hudson y McIntosh para evaluar violencia doméstica contra la mujer, la cual cuenta con tres subescalas, para valorar violencia psicológica, física y sexual, y que se llena de acuerdo con una escala visual analógica. En la subescala de violencia psicológica, que consta de 34 reactivos, se obtuvo una mediana de 0.97, con desviación estándar (SD) 0.94. En la subescala de

violencia física, que consta de 20 reactivos, se obtuvo una mediana de 0.36, con SD de 0.54. En la subescala de violencia sexual, de 8 reactivos, se obtuvo una mediana de 0.42, con SD de 0.73. Esto al unificarse como valoración global de la violencia resulta con media de 0.59, con SD de 0.65. Dentro de cada una de las subescalas se calificó como violencia de tipo extrema a aquella que se presenta "frecuentemente" ó "casi a diario" de acuerdo con la misma escala visual analógica (EVA), resultando para violencia psicológica extrema media de 6.14, con SD 8.36, para violencia física extrema media de 0.8 con SD 2.4, y para violencia sexual extrema media de 0.45 con SD 1.21.

La media para la edad fue de 33.07 años, con SD 7.56. La media de los años de estudio fue de 9.59 años, con SD de 4.47.

Se aplicó además el cuestionario autoaplicable de 119 preguntas (si/no) de la Entrevista Estructurada para el Eje II del DSM-IV Trastornos de Personalidad SCID II, el cual califica positividad para cada uno de los trastornos de personalidad al reunir una puntuación positiva mínima que se establece para cada personalidad.

Para el trastorno evitativo se requieren 4 de 7 preguntas contestadas afirmativamente, siendo la media de 3.88, con SD de 2.14, y positividad para 25 pacientes. Para trastorno dependiente se requieren 5 de 8, siendo la media de 4.66, con SD de 1.94, y positividad para 22 pacientes. Para trastorno obsesivo- compulsivo se requieren 4 de 8, siendo la media de 4.0, con SD 2.47 y positividad para 22 pacientes. Para trastorno pasivo- agresivo se requieren 4 de 7, siendo la media de 3.66 con SD de 2.14 y positividad para 22 pacientes. Para trastorno paranoide se requieren 4 de 7, siendo la media de 3.92 con SD 2.4 y positividad para 11 pacientes. Para trastorno esquizotípico se requieren 5 de 10, siendo la media de 2.57 con SD de 2.16 y positividad para 11 pacientes. Para trastorno esquizoide se requieren 4 de 6, siendo la media de 3.14 con SD 1.98 y positividad para 11 pacientes. Para trastorno histriónico se requieren 4 de 7, siendo la media de 1.14 con SD 1.5 y positividad para 2 pacientes. Para el trastorno narcicista se requieren 5 de 16, siendo la media de 5.3 con SD 3.41 y positividad para 22 pacientes. Para el trastorno límite se requiere 5 de 14, siendo la media de 7.78 con SD 4.28 y positividad para 30 pacientes. Para el trastorno antisocial se requieren 3 de 14 media de 1.26 con SD de 1.96 y positividad para 9 pacientes.

Para conocer la correlación entre los diferentes Trastornos de personalidad y los tipos y grados de violencia se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman el cual asigna un número mayor en tanto un Trastorno específico de la personalidad establece mayor probabilidad de un tipo determinado de violencia, siendo los más altos para Trastorno evitativo 0.18 para violencia sexual con 0.19 para violencia en general. Para dependiente 0.20 para violencia física y 0.12 para violencia general. Para trastorno obsesivo compulsivo 0.08 para violencia física extrema y 0.01 para violencia en general. Para trastorno pasivo agresivo 0.04 para violencia física y 0.005 para violencia en general. Para paranoide 0.25 para violencia física y 0.16 para violencia general. Para esquizotípico 0.08 para violencia sexual y -0.03 para violencia en general. Para esquizoide 0.08 para violencia sexual con 0.01 para violencia en general. Para histriónico -0.05 para violencia física y -0.21 para violencia en general. Para narcisista 0.06 para violencia física con -0.08 para violencia en general. Para trastorno límite 0.39 para violencia física extrema y 0.14 para violencia en general y antisocial -0.03 para violencia física y -0.16 para violencia en general.

9. DISCUSION

Se encuentra una alta relación entre los Trastorno de personalidad y la violencia doméstica ó ejercida contra la mujer, ya que dados los resultados que arrojaron las escalas los trastornos de personalidad presentes, en concreto los trastornos evitativo, dependiente, paranoide, narcisista y límite predisponen a las mujeres a buscar compañeros ó parejas que sean ejerceroras de violencia. En contraste se observa que los trastorno de personalidad como el esquizotípico, esquizoide y antisocial son protectores a buscar este tipo de relaciones. La exposición a la violencia marca u originan rasgos de personalidad como lo son el obsesivo compulsivo, depresivo, dependiente y evitativo.

La violencia emocional es el tipo de violencia más frecuentemente reportado, seguido por el físico y sexual. Durante la aplicación de las pruebas se presentó el obstáculo ó la negativa a ser contestadas ya que en la mayor parte de las ocasiones la mujer se encontraba acompañada del esposo ó compañero, motivo por el cual en ocasiones hacían la aclaración de que sí eran víctimas de violencia pero que eran "merecedoras" de la misma por no ser lo que sus parejas esperaban de ella.

Se encontró el problema en la escala de violencia dado que es un fenómeno subjetivo, no se puede estandarizar ó encasillar las distintas opciones a responder (no, una vez, algunas veces, frecuentemente, casi a diario). Las mujeres a menudo preguntaban en el caso de "frecuentemente" si el fenómeno era un número determinado de eventos por lo que se dejaba a su juicio la respuesta, ó en ocasiones ellas escribían el número aproximado de eventos al mes siendo este de 8 a 12 veces.

En términos generales la cooperación por parte de las mujeres entrevistadas fue aceptable. Se puede decir que las mujeres reconocían la violencia como un fenómeno común, es decir, como parte de la vida. Entre un grupo reducido de mujeres existía una posición más abierta para comentar sobre la temática de la violencia u referirla como un fenómeno que afectaba a algunas de sus amigas ó familiares, y que era necesario hacer algo al respecto. Otras mujeres hicieron el comentario de que el fenómeno de la violencia se presentaba solo en sectores de muy escasos recursos económicos. En el cuadro 1, 95% de las mujeres reconocieron a sí mismas como objeto de violencia. La violencia contra una sola mujer pudo ser ejercida por una ó más personas con alguna relación de parentesco con ella. Tomando exclusivamente el total de las

mujeres violentadas y observando quienes fueron sus perpetradores encontramos que el compañero/esposo fue identificado con el porcentaje mayor, 100 %. Los familiares del compañero/esposo , le siguen en frecuencia y como punto final algún familiar de la mujer.

No se identificó un patrón temporal en el cual se estableciera la violencia, pero se encontró que la violencia inició primariamente a partir de que se casó, en segundo término desde el noviazgo y por último a partir del nacimiento del primer hijo. Como último patrón de temporalidad se encontró el inicio de la violencia a partir del tercer año de matrimonio. Habría que pensar que quizás el establecimiento de la violencia y la presentación del primer episodio identificable, pudo no estar relacionado con el tiempo de convivencia, sino con situaciones detonantes.

Los tipos de violencia adoptan modalidades que en ciertas ocasiones, son identificadas como "forma de ser de la pareja, que hay que aceptar porque así son". En general, se identificó con facilidad la violencia física, donde es evidente la existencia de acciones que tienen relación con los golpes. Este no es el caso de la violencia emocional, donde por ejemplo, los celos y el

establecimiento de mecanismos que limitan la autonomía y la libertad de movimiento de las mujeres, no son reconocidos como violencia por ellas mismas.

El tipo de lesiones que se reportaron, por su naturaleza, ponen en peligro la vida de la mujer. Este tipo de lesiones son diferentes de los accidentes que se presentan en una sala de urgencias, tal como lo ha evidenciado Sheridan (1994). Esta perspectiva abre un espacio de participación al personal sanitario que labora en áreas de medicina psiquiátrica, forense y de urgencias, no solo para atender las lesiones físicas, sino para favorece la identificación de este tipo de lesiones con la finalidad de enviar a la s mujeres a otros servicios psicológicos y legales para evitar la ocurrencia de episodios que pueden ser más graves como el homicidio de la mujer.

Las repercusiones emocionales que genera la violencia son de tipo inespecífico (triste, deprimida, insomnio, etc), lo que coincide con lo informado por Dobash y Dobash 1994. Este tipo de sintomatología puede estar relacionada con presiones laborales, la presencia de enfermedades crónicas, sólo por mencionar algunas de las múltiples generadoras de tales problemas inespecíficos, por lo que es complicado llegar a establecer una relación unívoca

con la existencia de violencia doméstica. Ello no debe de ser motivo para obviar tales manifestaciones, sino que obliga al diseño y elaboración de guías para identificar la eventual relación con la violencia, evitando caer en prácticas medicalizadoras por parte del personal que presta los servicios de salud, y que se traduce en la prescripción de antidepresivos, ansiolíticos, analgésicos, etc. Sin duda ésta área representa un reto tanto de investigación como de acciones inmediatas con la intervención por parte de los servicios de salud.

Para terminar, es claro que este estudio plantea, por un lado, problemas en el procedimiento operativo de la investigación, y por el otro, aporta que requiere confirmarse, pero que también empiezan a mostrar eventuales usos de ésta información, como la necesidad de incorporar nuevas perspectivas disciplinarias para comprender mejor la problemática de la violencia doméstica contra la mujer, y podrán contribuir a propuestas concretas al lento pero ineludible cambio que se requiere para enfrentar este problema social.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) Masson Barcelona 1995.
2. Burkin Mabel. Estudios sobre la subjetividad femenina, mujeres y salud mental. Grupo Editorial Latinoamericano. Buenos Aires, 1987.
3. Goldenberg P, Medrano MA, et al. La violencia contra la mujer. Una cuestión de salud. Cuadernos médico sociales. 44: 77-91, 1989.
4. Heise L, Phtanguy J, et al. Violencia contra la mujer. La carga oculta sobre la salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1994.
5. Hjar-Medina M, Tapia Y, et al. Violencia y Lesiones. Salud Mental. 15(1): 1523,1992.
6. Hudson WW, McIntosh SR. The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. Journal of Marriage and the Family. 43(4): 873-85, 1981.
7. León I. Reflexiones sobre el significado social y estructural de la violencia de género. Aportes a la violencia de género. CEIMME, Quito, 1992.
8. Naciones Unidas. Violencia contra la mujer en la familia. Naciones Unidas, Nueva York, 1989.
9. Ontiveros M, Lara MC. Diferencias de Género y Cerebro. Programa de Actualización Continua en Psiquiatría. Inter Sistemas Ediciones. 2002.
10. Ramírez RJC, Uribe VG, et al. Distribución espacial de la problemática de salud de la mujer en Jalisco, México. Salud Pública Mex, 33(2): 155-64, 1991.
11. Ramírez RJC, Uribe VG. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. Salud Pública Mex, 35(2): 148-60, 1993.

12. Saltijeral MT, Ramos L, et al. Las mujeres que han sido víctimas de maltrato conyugal; tipos de violencia experimental y algunos efectos en la salud mental. *Salud Mental*. 21(2): 10-18, 1998.
13. Saunders DG. Posttraumatic stress symptom, profiles of battered woman. A comparison of survivors in two setting. *Violence and victims*. 9(1): 29-38, 1994.
14. Savrakic M, Draganic S, RT AL. Temperament, character, and personality disorder: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand*. 106: 189-195, 2002.
15. Skodol AE. Gender specific etiologies for antisocial and borderline personality disorder. In *Gender and sts effects on psychopathology*. 37-60. American Psychiatry Press. Washiington, 2000.
16. Sonkin DJ, Martin D, et al. *The male baterer. A treatment approach*. Springer publishing company. Nueva York, 1985.
17. Valdez-Santiago R, Juárez C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Mental*. 21(6): 1-10, 1998.
18. Walker L. *The battered woman Syndrome*. NYY, Springer Publishing Co. Inc. Nueva York, 1984.
19. Watson CH, Barnett M, et al. Lifetime prevalence of nine common Psychiatric/personality disorders in female domestic abuse survivors. *The Journal of Mental and Nervous Disease*. 185(19): 645-647, 1997.